別記様式第１号(第５条関係)　　【組合員提出用】

インフルエンザ予防接種助成金請求書

所属所名(市町村等)	組合員証番号	組合員氏名	生年月日
○　○　市	９９９－９９９９	共　済　太　郎	(S)・H　○年　○月　○日

接種者氏名	生年月日	接種年月日	自己負担額	請求金額
共済　太郎	(S)・H　○年　○月　○日	R　○年　○月　○日	４，０００円	３，０００円
共済　花子	(S)・H　○年　○月　○日	R　○年　○月　○日	１，５００円	１，５００円
	S・H　年　月　日	R　年　月　日	円	円
	S・H　年　月　日	R　年　月　日	円	円
	S・H　年　月　日	R　年　月　日	円	円
合		計	５，５００円	４，５００円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求いたします。

埼玉県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　○　月　○　日

請求者（組合員自署）　住所　さいたま市浦和区岸町7-5-14

氏名　共　済　太　郎

領収書の原本を貼付してください。

領収書の「接種者氏名・接種日・金額」を確認してください。

医療機関証明用

領収書（証明書）　※領収書が添付できない場合

①接種年月日　令和　　年　　月　　日

②接種者氏名(連名)　　様

③インフルエンザ予防接種料　自己負担額(合計)　　円

上記の者は、当医療機関においてインフルエンザ予防接種を受けたことを証明いたします。

④ 住　　所
医療機関名

注意事項

1. 領収書の原本を添付又は上記の医療機関の証明を受けてください。
2. 領収書の原本が添付できない場合は、当該領収書の写しに所属所長の原本証明を受けてください。
3. 予防接種費用は医療費控除の対象にはなりません。
4. 当該請求書は毎月15日締め、助成金は翌月末送金の予定です。